

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-MED-FORM-01-A	
	EXAMEN MEDICAL DU PERSONNEL DE L'AERONAUTIQUE CIVILE	Date d'application : 10/09/2018	Page 1 sur 1

TYPE DE PERSONNEL : PMT

CLASSE : Aéroclub Dakar

NOM DE L'EMPLOYEUR : Aéroclub Dakar

ADRESSE :

Cette page est à faire remplir par le Personnel Aéronautique

Nom : <u>deswarte</u> Prénom : <u>Thibaut</u> Nationalité : <u>Française</u> Sexe : ☐ F ☒ M Né(e) le : <u>04/12/1993</u> à : <u>Melle (Belgique)</u> Lieu et date de l'examen médical : <u>Dakar 20.12.2023</u> Adresse : <u>Rendement Noëlla, appt. 2 - route OKM 201</u> <u>Ouakam - Dakar</u> Téléphone : <u>77-099-61-48</u> email : <u>mtdeswarte@gmail.com</u> Profession/activité : <u>Directeur financier</u> Situation de famille : <u>Marié</u>	Activité(s) pratiques ☐ Avion ☐ Planeur ☐ Hélicoptère ☐ Ballon ☐ Autres précisez : Cadre d'activité : (Aéroclub, Centre) Aérodrome : Activités aériennes antérieures : Heures de vol :
---	---

Vous êtes-vous déjà présenté à une visite d'aptitude pour une licence aéronautique ? ☐ OUI ☒ NON

Si OUI : Date : / / Lieu : Nom du médecin :

Vous avez été déclaré : ☐ Apte ☐ Inapte

Antécédents familiaux : Avez-vous connaissance de l'existence d'une maladie grave parmi les proche de votre famille (grands-parents, parents, frères et sœurs) ? ☐ OUI ☒ NON

Questionnaires précisions sur les réponses « OUI »

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de :	OUI	NON
1 Troubles cardiaques, hypertension artérielle		☒
2 Taux de cholestérol élevé		☒
3 Maladie respiratoire		☒
4 Maladies de l'estomac		☒
5 Maladies du foie		☒
6 Diabète		☒
7 Maladies rénales		☒
8 Maladies articulaires et du dos		☒
9 Maladie thyroïdienne		☒
10 Tumeur ou maladie cancéreuse		☒
11 Œil : choc, maladies, troubles visuels		☒
12 Vertiges, pertes de connaissance		☒
13 Migraines		☒

Répondez aux questions suivantes :	OUI	NON
14 Troubles du sommeil		☒
15 Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?		☒
16 Avez-vous eu un accident dans le passé ?		☒
17 Avez-vous subi une intervention au niveau des yeux ?		☒
18 Etes-vous un consommateur de tabac ?	☒	
19 Prenez-vous actuellement un ou des médicament(s) ?		☒
20 Faites-vous usage de drogues illicites ?		☒
21 Consommez-vous de l'alcool ?		☒
22 Portez-vous ou avez-vous ou avez-vous porté des lunettes ou des lentilles	☒	
23 Avez-vous été réformé ou exempté de service national ?		☒
Pour les candidates :		
24 Avez-vous des antécédents gynécologiques à signaler ?		
25 Autres		

Déclaration du personnel aéronautique : Je soussigné, déclare avoir répondu de façon sincère aux questions qui m'ont été posées lors du présent examen et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autre que ceux que j'ai signalés. Je suis informée que cette fiche d'examen est adressée au service médical de l'aéronautique civile, dans le respect du secret médical, conformément aux textes en vigueur.

Toutes fausse déclaration priverait d'effet la décision d'aptitude et entraînerait une sanction disciplinaire prononcée par le conseil médical de l'aéronautique civile

Date et signature du personnel aéronautique

20.12.2023



Annotations du médecin-examineur agréé, précisions sur les réponses « OUI » (reporter le n° de l'item) :

(Si OUI pour 23 et 25, préciser) :

Non Palpatoire Rhum.
Père cardiaque = RAS.



Agence Nationale de
l'Aviation
Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
1 sur 2

NOM : <u>de Swarte</u>	Prénoms : <u>Thibaut André Marie</u>	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : <u>04-12-1973</u>
		Lieu de naissance : <u>Miche (Belgique)</u>
(201) Catégorie d'examen ☒ Initial ☐ Prorogation ☐ Renouvellement ☐ Recours spécial	(202) Taille <u>180</u> cm	(203) Poids <u>79</u> kg
	(204) Yeux couleur <u>Bleu</u>	(205) Cheveux couleur <u>Châtain</u>
	(206) Tension artérielle (assis) mmHg Systolique <u>130</u> Diastolique <u>77</u>	(207) Pouls au repos Pulsations <u>62</u> Rythme ☐ irrégulier ☒ régulier

Examen clinique : Cochez chaque item	normal	anormal		normal	anormal
(208) Tête, face, cou, cuir chevelu	☒		(218) Abdomen, hernie, foie, rate	☒	
(209) Cavité bucale, gorge, dents	☒		(219) Anus, rectum (si nécessaire)		
(210) Nez, sinus	☒		(220) système génito-urinaire	☒	
(211) Oreilles, tympans, compliance tympanique	☒		(221) Système endocrinien, thyroïde	☒	
(212) Yeux- orbites et annexes, champs visuels	☒		(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations	☒	
(213) Yeux - pupilles	☒		(223) Colonne vertébrale et appareil musculosquelettique	☒	
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus	☒		(224) Examen neurologique- réflexes etc	☒	
(215) Pouvrons, thorax, seins	☒		(225) Psychiatrie	☒	
(216) Cœur	☒		(226) Peau, marque d'identification, syst. lymphatique	☒	
(217) Système vasculaire	☒		(227) Etat général	☒	

(228) Notes : Décrivez chaque anomalie constatée. Reportez le numéro de l'item avant chaque commentaire

Diagnostiqueur Financier, Puget de launay 50 ans, Ann 4, ex 1
Niveau qualification épave GDR - RAS.

Touba = 1
Alc = 0,01
Spart = 1 x 1 m
III = 0

Acuité visuelle (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(235) Analyse d'urine Normale ☒ anormale ☐

(229) (de loin à 5m/6m en dixième

			Lunettes/Contact
Œil droit sans correction		Corrigée à	<u>10</u>
Œil gauche sans correction		Corrigée à	<u>10</u>
Vision binoculaire, sans correction		Corrigée à	<u>10</u>
(230) Vision intermédiaire	Sans correction	Avec correction	
N14 lu à 100cm	Oui Non	Oui Non	
Œil droit			☒
Œil gauche			☒
Vision binoculaire			☒

Glucose	Protéines	Sang	Autres	
<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>		
Rapport annexés	Non réalisé	Date	Normal	Anormal
(238) ECG		<u>04-12-2017</u>	☒	
(239) Audiogramme		<u>04-12-2017</u>	☒	
(240) Examen Ophtalmologique		<u>04-12-2017</u>	☒	
(241) Examen ORL		<u>04-12-2017</u>	☒	
(242) Lipides sanguins		<u>04-12-2017</u>	☒	
(243) Fonctions respiratoires				
(320) Tonométrie G :				

Radio RAS
EFG = RAS



Agence Nationale de
l'Aviation
Civile et de la Météorologie

FORMULAIRE

SN-SEC-MED-FORM-02-A

RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

Date
d'application :
10/06/2017

Page
2 sur 2

(231) de près

N5 lu à 30 – 50cm

Sans

correction

Avec

correction

Oui

Non

Oui

Non

Œil droit

Œil gauche

Vision binoculaire

(232) Lunettes

Oui ☒

Non ☐

Type :

réfraction

Sph

Cylindre

Axe

Ajouter

(233) Lentilles de contact

Oui ☐

Non ☐

Type :

(313) Perception des couleurs

Normale ☐

Anormale ☐

Tables pseudo-isochromatiques

Nombre de tables présentées

Type ISHIIHARA

Nombre d'erreurs

(234) Audition (ne pas remplir ici lors des examens approfondis)

(si 239/241 non réalisé)

Oreille
droite

Oreille
gauche

Test de voix de conversation perçue à 2m
le dos tourné vers l'examineur

Oui ☒
Non ☐

Oui ☒
Non ☐

Audiométrie éventuelle

Hz	500	1000	2000	3000	4000	6000
Oreille droite						
Oreille gauche						

(236) Fonction respiratoire

(237) Hémoglobine

VEMS/CV

%

Normal ☐

Anormal ☐

Peak Flow

(l/min)

Normal ☐

Anormal ☐

(g/dl)

Normal ☐

Anormal ☐

(248) commentaires, limitations :

Pour cause de gène.

(249) Déclaration du médecin chef ou du médecin agréé

Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète.

(250) Lieu et date

12-02-2024.

Nom et adresse du médecin agréé

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Cachet

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

D : mmHg

(244) Divers (Sujet ?)

☐

☐

☐

(247) Nom et signature du médecin examinateur de
médecine générale dans l'AeMC et sa proposition
d'aptitude

Avis :

Nom :

Apte.

Signature :

Dr Patrick CORREA
Médecine Aéronautique
SN-MED-004
DGAC N°3857 - FAA-00773

(247 bis) Décision du médecin-chef de l'AeMC ou du
médecin agréé

APTE pour la classe :

INAPTE pour la classe :

Remis pour une évaluation complémentaire
dans l'affirmative, indiquer :

Le destinataire :

Le motif :

Renvoi/Concertation

Si une décision a été prise antérieurement par
l'autorité en inscrire ici les références et le libellé
complet et les reporter sur le certificat d'aptitude
remis au candidat.

Décision n° Du

Libellé :

Champ
d'application
du certificat

Classe 1

☐

Classe 2

A.

Classe 3

☐

Apte classe 2 → 31-06-2024

03

Signature du titulaire/Holder's signature



Type/Type	Code du pays/Country code	Passeport n°/Passport no
P	FRA	78FA13256



Sexe/Sex (5) Taille/Height (12) Couleur des yeux/Colour of eyes (13)

16 09 2028

#<FRADE<SWARTE<<THIBAUT<ANDRE<MARIE<<<<<<<<
#132567FRA7312047M2809160<<<<<<<<<<<<04

 Agence Nationale de l'Aviation Civile et de la Météorologie	FORMULAIRE	SN-SEC-MED-FORM-03-A	
	CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET MENTALE	Date d'application : 30/11/2018	Page 1 sur 1

CATEGORIES		
CLASSE 1 ☐	CLASSE 2 ☒	CLASSE 3 ☐

Je soussigné, Docteur : **PATRICK CORREA**

Titulaire de l'agrément n : **SN - MED - 004**

Certifie que M : **THIBAUT ANDRE MARIE DE SWARTE**

Né(e) le : **04/12/1973** à **UCCLE/Belgique** Age : **50 ANS**.....

Demeurant : **RESIDENCE NOELLA OUAKAM**.....

REPOND (Préciser REPOND ou NE REPOND PAS)

Aux conditions d'aptitude physique et mentale exigées par la réglementation en vigueur pour l'exercice des privilèges liés à la Classe spécifiée ci-dessus.

Date de l'examen : **20/12/23**

Limite de validité : **30/06/24** Durée de validité : **...6 MOIS.....**

Restrictions éventuelles à reporter sur la licence :

PORT DE VERRES OBLIGATOIRE

Signature et cachet



Un navigant doit cesser d'exercer les privilèges de sa licence et des qualifications et autorisations associées dès qu'il est conscient de toute diminution de son aptitude médicale susceptible de nuire à l'exercice en toute sécurité des dits privilèges.

Le présent certificat est valable un (01) mois. Si, passer ce délai le Médecin Evaluator de l'Autorité de l'Aviation Civile ou le Médecin examinateur ne vous contacte pas, sa validité court jusqu'à la date de fin de validité sus-mentionnée.